UNIVERSITÉ DE POITIERS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

MESURE DE LA SATISFACTION DES FEMMES CONCERNANT L'INFORMATION REÇUE AU COURS DE LA GROSSESSE EN FONCTION DU TYPE DE PRÉPARATION À LA NAISSANCE

Mémoire soutenu le 22 Juin 2020

Par Melle ARCHAMBAUD Florie

Née le 14 novembre 1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année 2020

COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur BOUIN T, sage-femme
Membres : Madame RAMBAUD C, sage-femme
Madame GUINOT, sage-femme directrice

Directeur de mémoire : Dr Bertrand GACHON, gynécologue obstétricien (CHU Poitiers)

UNIVERSITÉ DE POITIERS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

MESURE DE LA SATISFACTION DES FEMMES CONCERNANT L'INFORMATION REÇUE AU COURS DE LA GROSSESSE EN FONCTION DU TYPE DE PRÉPARATION À LA NAISSANCE

Mémoire présenté

Par Melle ARCHAMBAUD Florie

Née le 14 novembre 1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année 2020

Directeur de mémoire : Dr Bertrand GACHON, gynécologue obstétricien (CHU Poitiers)

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mon directeur de mémoire, Dr Bertrand GACHON, pour son analyse, son expertise, sa patience et sa réactivité.

La sage-femme enseignante référente de mon mémoire, Mme Julia DEPARIS, pour sa patience, son aide si précieuse, son optimisme et ses encouragements.

L'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Poitiers, pour leur écoute et la personnalisation de notre formation durant ces quatre années.

Notre directrice, Mme Sylvie GUINOT, pour son soutien et sa disponibilité. Un grand merci pour sa bienveillance et pour avoir laissé la porte de son bureau ouverte pour permettre ces nombreux échanges et une réelle écoute.

Ma famille, qui m'a toujours soutenue et encouragée, particulièrement ces 6 dernières années. Merci de toujours avoir cru en moi et de m'avoir accompagnée même dans les moments les plus difficiles.

Les plus belles rencontres de ces études, Audrey, Élise, Agathe et Cloé, qui m'ont permis de me construire, d'avoir confiance et de créer de merveilleux souvenirs ensemble.

Toute la promotion 2016-2020, qui m'a fait vivre des années extraordinaires.

Mes amis de Cognac, et particulièrement Amandine et Valentine, qui m'ont toujours soutenue malgré mon absence au début de mes études.

Toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION ET HYPOTHÈSE 6

2. MÉTHODOLOGIE 10

2.1. Objectifs 11
2.2. Schéma d'étude 11
2.3. Population d'étude 11
2.3.1. Critères d'inclusion 11
2.3.2. Critères de non-inclusion 12
2.3.3. Critères d'exclusion 12
2.4. Période d'étude 12
2.5. Déroulement de l'étude 12
2.5.1. Inclusion des volontaires dans l'étude 12
2.5.2. Modalités de recueil des données 13
2.5.3. Données collectées 13
2.6. Critères de jugement 15
2.7. Plan d'analyse 15
2.8. Analyses statistiques 17
2.9. Considérations éthiques et réglementaires 17

3. RÉSULTATS 18

3.1. Présentation de la population 19
3.2. La satisfaction globale 20
3.3. Satisfaction concernant l'accouchement 26
3.4. L'entretien prénatal précoce 27
3.5. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité 28
3.6. Les thématiques non abordées 28

4. DISCUSSION 29

4.1. Résumé des principaux résultats de l'étude 30
4.2. Forces de l'étude 30
4.3. Limites de l'étude 31
4.4. Comparaison à la littérature 32
4.4.1. Caractéristiques socio-démographiques et conditions de réalisation de l'EPP et de la PNP 32
4.4.2. Satisfaction de l'information globale 32
4.4.3. Satisfaction en fonction des sujets abordés 33
4.4.4. Manque de satisfaction pour certaines thématiques 34
4.4.5. Sujets non abordés au cours de la grossesse 35
4.4.6. L'entretien prénatal précoce 35

5. CONCLUSION 37

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 39

7. ANNEXES 43

8. RÉSUMÉ 56

9. ABSTRACT 57

ABRÉVIATIONS

CEROG : Comité d'Éthique de la Recherche en Obstétrique et Gynécologie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

1. INTRODUCTION ET HYPOTHÈSE

L'information doit permettre au patient d'être éclairé sur son état de santé. Quand le patient connait les éléments à propos de sa santé, il est en mesure de prendre des décisions relatives à celle-ci. En parallèle, informer le patient fait partie du devoir et de la responsabilité du personnel soignant lors de sa prise en charge. Ces échanges permettent de créer une relation de confiance et de sécurité entre le soignant et le patient (1) (2).

Pour répondre au besoin d'information des futurs parents, la Préparation à la Naissance et la Parentalité (PNP) a été instaurée pour renforcer l'information délivrée à l'occasion des consultations prénatales.

La PNP est définie par la Haute autorité de Santé (HAS) comme « un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance ». Elle a pour objectif de permettre l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des femmes en période post-natale et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive (3). Elle est prise en charge par l'assurance maladie, facultative et se compose, en France, de sept séances prénatales de 45 minutes minimum ainsi que d'un Entretien Prénatal Précoce (EPP).

Les séances prénatales sont destinées à préparer le couple à la naissance et à l'accueil de leur futur enfant, les accompagner, leur apporter des informations et soutenir leur parentalité. Ces séances peuvent être individuelles ou collectives. Elles sont majoritairement organisées par des sages-femmes exerçant en activité libérale, à l'hôpital ou en Protection Maternelle et Infantile (PMI). Elles sont adaptées aux besoins et aux demandes de chaque femme (séances classiques, yoga, haptonomie, chant prénatal, sophrologie, piscine…) (3).

D'après le rapport de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) de 2016, 77,9% des primipares et 33,8% des multipares avaient bénéficié de séances PNP au cours de leur grossesse (4).

Aujourd'hui, les femmes se déclarent majoritairement satisfaites (83,9%) quant à l'information apportée par les séances de PNP en France. Cependant, certaines regrettent des cours trop théoriques et dont le contenu des informations délivrées est souvent identique pour chaque femme, non personnalisé et individualisé, malgré les recommandations de l'HAS (5).

Certaines thématiques comme l'incontinence, la sexualité ou l'automédication pendant la grossesse sont parfois laissées de côté au profit d'autres sujets tel que l'allaitement (6) (7). Cependant ces sujets ont un rôle sur la qualité de vie des femmes au cours de la grossesse et

certaines études montrent que le besoin d'information est important et n'est pas comblé par les consultations obstétricales mensuelles.

De plus, selon une étude menée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers en 2015, 67,9% des femmes ayant suivi des cours de PNP avaient utilisé Internet pour obtenir des informations complémentaires (8).

Mis en place suite au plan périnatalité 2005-2007 et obligatoire depuis le 1er mai 2020, l'EPP est un entretien psychosocial de 45min à 1h. Il est réalisé de préférence au cours du 1er trimestre, par tout professionnel de santé pouvant suivre la grossesse. La présence du conjoint est recommandée. L'EPP a pour objectifs de présenter le dispositif de suivi de grossesse, de permettre la réflexion d'un projet de naissance, de déceler les situations de vulnérabilités spécifiques à chaque femme enceinte et de lui proposer des informations adaptées à ses besoins et ses attentes permettant d'adapter le contenu des séances de PNP (3) (9). Dans ce cadre-là, les femmes ayant bénéficié d'un EPP devraient avoir des informations plus personnalisées et individualisées délivrées lors des séances de PNP en comparaison avec celles n'en ayant pas bénéficié (3) (10).

En 2016, seules 28,5% des femmes enceintes ont pu bénéficier d'un EPP contre 21,4% en 2010, alors que 85% des établissements le proposaient (4). Cette pratique est de plus en plus répandue et est devenue obligatoire ; l'EPP ayant un vrai rôle de prévention autant médical que psychologique ou social, il pourrait être pertinent de le promouvoir et de préciser son contenu et sa mise en place.

De plus, aucune étude n'est retrouvée dans la littérature concernant la satisfaction des femmes en fonction de l'information délivrée et la personnalisation de celle-ci en présence ou non d'un EPP. Nous émettons l'hypothèse que ces deux interventions que sont les séances de PNP et l'EPP pourraient avoir un impact sur la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de leur grossesse.

Certaines études révèlent que quatre facteurs influencent la satisfaction des femmes suite à la naissance : les attentes personnelles, le niveau de soutien du personnel soignant, la qualité de la relation soignant/soigné et la participation à la prise de décision (11). Une femme ayant bénéficié d'une information complète et personnalisée, serait alors en mesure de prendre des décisions éclairées concernant sa santé. Elle améliorerait sa confiance envers les soignants et observerait une meilleure satisfaction (12) (13) (14). Selon une étude du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), il existe un lien concernant le vécu de l'accouchement entre

les femmes qui ont vu leurs demandes satisfaites après l'écriture d'un projet de naissance et celles qui n'en avaient pas élaboré (15).

La HAS évoque le fait que recueillir la satisfaction des usagers est aujourd'hui essentiel pour mesurer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé (16). A l'époque du débat autour des violences obstétricales, regroupant les notions d'information et de consentement, il existe une divergence entre la pratique des professionnels et les convictions de certaines femmes. Ce désaccord remettrait en cause l'information qu'elles auraient reçu au cours de la grossesse (17).

C'est pourquoi notre objectif principal est d'évaluer la satisfaction des femmes concernant l'information reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance. Nos objectifs secondaires sont d'évaluer le nombre de thématiques abordées et leur fréquence en fonction du type de suivi reçu et de connaître les thématiques pour lesquelles les femmes manquent d'informations. Un de nos objectifs secondaires est aussi de mesurer la satisfaction des femmes concernant leur accouchement en fonction du type de préparation à la naissance reçu.

Notre étude permettra de mesurer l'efficacité, l'impact et la personnalisation de l'information reçue grâce aux différents moyens déjà mis en place à travers la PNP. Elle aura aussi pour but d'appréhender les moyens d'améliorer le vécu et la satisfaction de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites pour les femmes et les couples.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Objectifs

L'objectif principal était de mesurer la satisfaction des femmes concernant l'information reçue en fonction du type de préparation à la naissance, à savoir :
- n'avoir bénéficié d'aucune préparation à la naissance ;
- avoir bénéficié seulement d'un EPP ;
- avoir bénéficié uniquement de séances de PNP ;
- avoir bénéficié des deux (soit EPP et séances de PNP).

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer en fonction du type de suivi (aucun, EPP seul, séances de PNP seules, EPP et PNP) :

- Le nombre de thématiques abordées ;
- Si certaines thématiques étaient davantage abordées en termes de fréquence ;
- Les thématiques pour lesquelles les femmes manquaient d'information.

Un des objectifs secondaires était de rechercher une association entre le type de suivi et la satisfaction des femmes concernant leur accouchement.

2.2. Schéma d'étude

L'étude était rétrospective et monocentrique au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers.

2.3. Population d'étude

2.3.1. Critères d'inclusion

Étaient incluses dans l'étude, les femmes :

- ayant accouché au CHU de Poitiers ;
- comprenant le français ;
- majeures ;
- primipares ;
- dont le déroulement de la grossesse était sans complications, soit les grossesses à bas risque
    - grossesse simple ;
    - en présentation céphalique ;
    - ayant accouché à terme et n'ayant pas présenté de pathologie liée à la grossesse ayant nécessité une hospitalisation ou un suivi en consultation de grossesse pathologique.

2.3.2. Critères de non-inclusion

N'étaient pas incluses dans notre étude, les femmes :

- n'ayant pas accouché à Poitiers, dans le cas d'un rapprochement mère-enfant ;
- ne parlant pas français ;
- mineures ;
- dont le déroulement de la grossesse était à risque de complications, soit les grossesses à haut risque :

- grossesses multiples ;
- présentations par le siège ;
- accouchements prématurés ;
- les femmes ayant été hospitalisées au cours de leur grossesse ou suivies en grossesse pathologique.

2.3.3. Critères d'exclusion

Ont été exclues de l'étude les femmes ayant rendu le questionnaire non rempli ou incomplet.

2.4. Période d'étude

Il était prévu une période initiale de recueil de cinq mois avec un objectif d'inclure 200 volontaires.

2.5. Déroulement de l'étude

2.5.1. Inclusion des volontaires dans l'étude

L'investigateur, ou en son absence un étudiant sage-femme ou une sage-femme dans le service de suites de couches, sélectionnait les femmes sur dossier correspondant aux critères d'inclusion. Il a été choisi d'interroger les femmes en post-partum dans le service de suites de couches pour avoir le recul nécessaire sur le déroulement de leur grossesse et pouvoir vérifier les critères d'inclusion.

Les femmes étaient informées oralement au cours de leur séjour à la maternité, entre J0 et leur départ, de leur éligibilité et des objectifs de l'étude par l'investigateur, l'étudiant sage-femme ou la sage-femme. Il leur était précisé le caractère non obligatoire de participation à

l'étude. Une lettre d'information (Annexe II), conforme au CEROG, reprenait les informations données à l'oral, ainsi que les coordonnées de l'investigateur et du responsable de l'étude.

Suite à leur accord, il leur était remis un questionnaire anonyme (Annexe I). Ces documents leur étaient donnés au moment de la visite médicale quotidienne des sages-femmes pour limiter le passage en chambre. L'investigateur n'ayant pas besoin de recontacter les femmes par la suite, et pour assurer l'objectivité des réponses, les questionnaires étaient anonymes. Restituer le questionnaire rempli faisait office de consentement à l'étude.

2.5.2. Modalités de recueil des données

Le questionnaire était complété par la femme puis récupéré par une sage-femme ou un étudiant sage-femme du service de suites de couches en main propre avant le départ de la femme, sans qu'apparaisse sur le questionnaire aucun moyen permettant de l'identifier. Les questionnaires étaient ensuite remis dans une bannette mise à disposition pour leur recueil. Ils étaient ensuite récupérés par l'investigateur de l'étude pour être analysés.

Pour assurer une distribution suffisante de questionnaires, les équipes étaient sensibilisées régulièrement par l'investigateur. Les étudiants sages-femmes en stage bénéficiaient d'une relance hebdomadaire par e-mail. Durant les périodes où aucun étudiant sage-femme n'était en stage, c'est l'investigateur qui assurait une présence régulière dans les services pour objectiver le nombre d'inclusions.

2.5.3. Données collectées

Données générales :

Pour chaque femme, il était recueilli le type d'informations dont elle a pu bénéficier au cours de sa grossesse. Les femmes étaient ensuite classées dans différentes catégories : n'avoir bénéficié d'aucun apport d'information supplémentaire, avoir bénéficié d'un EPP seul, avoir bénéficié de séances de PNP seules, avoir bénéficié d'un EPP et de séances de PNP.

Le suivi de grossesse mensuel effectué par un obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme, étant obligatoire, n'était pas considéré comme un apport d'informations supplémentaires.

Pour chacune des femmes, nous avons collecté des données socio-démographiques : leur âge et leur niveau d'étude.

L'entretien prénatal précoce :

Les informations recueillies concernaient le professionnel ayant proposé l'EPP, celui l'ayant réalisé et la satisfaction concernant l'information reçue grâce à cet entretien.

Pour les femmes n'ayant pas bénéficié d'un EPP : il leur était demandé si un professionnel le leur avait proposé ou non. Dans le cas où aucun professionnel ne leur avait proposé cet entretien, il était demandé aux femmes si elles auraient souhaité en bénéficier.

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité :

Il était recueilli des informations sur le professionnel qui leur avait proposé ces séances, le nombre de séances réalisées ainsi que la satisfaction concernant l'information reçue.

Pour les femmes n'ayant pas bénéficié de séances de PNP : il leur était demandé si un professionnel leur avait proposé ou non d'y participer. Dans le cas où aucun professionnel ne leur avait proposé de participer à ces séances, il était demandé aux femmes si elles auraient souhaité en bénéficier.

L'information reçue au cours de la grossesse :

Pour chaque femme, il était recueilli des données sur la satisfaction à propos de l'information globale reçue au cours de la grossesse.

Il était également recueilli leur satisfaction concernant différentes thématiques apportant des informations pouvant être abordées au cours de la grossesse. Ces sujets ont été choisis par rapport aux recommandations de l'HAS précisant le contenu de la PNP et de l'EPP, soit : ce que la femme ressent, ce qu'elle fait, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce par quoi elle se sent menacée, ce dont elle a envie, ce qu'elle veut connaitre et apprendre, ce qu'elle souhaite (3). Nous avons ainsi retenu les sujets suivants : alimentation, activité physique, tabac, drogues et alcool, médicaments, sexualité, sécheresse vaginale, fuites urinaires, vergetures, saignements, place du conjoint, quand se rendre à la maternité, perte des eaux, déroulement de l'accouchement, péridurale, déclenchement artificiel du travail, déchirures du périnée à l'accouchement, accouchement instrumental, épisiotomie, césarienne, prolapsus, allaitement maternel et artificiel et santé du bébé. Cette liste a été complétée par les thématiques mentionnées sur les forums et les groupes Facebook de discussions de femmes enceintes.

L'échelle de Likert a été retenue pour laisser le choix aux femmes de décider de leur satisfaction pour chacune des thématiques abordées (18). Une moyenne des notes sur cinq a été calculée.

Nous avons également recueilli d'autres sujets n'ayant pas été abordés au cours de leur grossesse, qui n'étaient pas suggérés dans notre liste, mais pour lesquels les femmes auraient souhaité des informations.

L'accouchement :

Il a été recueilli des données sur la satisfaction du déroulement de l'accouchement en salle d'accouchement. L'échelle de Likert a été retenue concernant cette analyse.

2.6. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la satisfaction des femmes concernant l'information globale reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance suivi (aucun, EPP seul, séances de PNP seules, EPP + séances de PNP).

Les critères de jugements secondaires étaient caractérisés par :

- le nombre total de thématiques abordées en fonction du type de préparation à la naissance suivi ;
- la fréquence à laquelle chaque thématique a été abordée en fonction du type de préparation à la naissance ;
- les thématiques d'information non abordées au cours de la grossesse que les femmes auraient souhaité aborder ;
- la satisfaction des femmes concernant l'accouchement en fonction du type de préparation à la naissance.

2.7. Plan d'analyse

Dans un premier temps, nous avons décrit les caractéristiques socio-démographiques des femmes incluses, en fonction de chaque catégorie. L'âge était reporté en termes de moyenne, d'écart-type, de valeurs extrêmes (minimum et maximum) d'effectif et de pourcentage (%). Le niveau d'étude était reporté en termes d'effectif et de pourcentage (%).

Nous avons comparé la satisfaction des femmes concernant l'information globale reçue au cours de la grossesse. Les données étaient reportées en termes d'effectif et de pourcentage (%). Pour faciliter l'analyse nous avons simplifié les cinq choix de réponses possibles concernant la satisfaction en deux variables qualitatives binaires : « Satisfaite » et « Non satisfaite ». Les femmes ayant répondu que l'information globale donnée au cours de la

grossesse était très satisfaisante ou satisfaisante ont été classées dans la catégorie « Satisfaite ». Les femmes ayant répondu avoir une opinion neutre ou que l'information apportée était peu satisfaisante ou complètement insatisfaisante appartenaient à la catégorie « Non satisfaite ».

Cette répartition a permis le calcul d'un Odds Ratio (OR) et d'un intervalle de confiance (IC).

Nous avons comparé la fréquence des thématiques abordées ainsi que la satisfaction de l'information reçue pour chacune d'entre elles. Cette satisfaction était notée sur l'échelle de Likert (1 = complètement insatisfaite ; 2 = Peu satisfaite ; 3 = Opinion neutre ; 4 = Satisfaite ; 5 = Très satisfaite). Une moyenne (/5) a ensuite été calculée.

Pour permettre le calcul d'un Odds Ratio (OR) et d'un intervalle de confiance (IC), nous avons simplifié les notes de satisfaction en variables qualitatives binaires « Satisfaites/Non satisfaites ». Étaient considérées comme satisfaites, les femmes ayant donné une note supérieure ou égale à quatre. Étaient considérées comme non satisfaites les femmes ayant donné une note comprise entre 1 et 3 inclus.

Nous avons ensuite comparé la satisfaction des femmes concernant l'accouchement. Les données étaient reportées en termes d'effectif et de pourcentage (%). De la même manière que pour l'analyse de l'information globale reçue au cours de la grossesse, les réponses ont été classées en deux variables qualitatives binaires « Satisfaites » et « Non satisfaites ». Un calcul d'OR et d'IC a été réalisé.

Pour les femmes ayant bénéficié d'un EPP et/ou de séances de PNP, nous avons décrit l'organisation et les modalités de réalisation de ces moyens d'informations.

Pour les femmes n'ayant pas bénéficié d'un EPP et/ou de séances de PNP, nous avons exploré les raisons expliquant pourquoi elles n'y avaient pas participé et recueilli leur souhait d'en bénéficier ou non.

Ces données étaient reportées en termes d'effectif et de pourcentage (%).

2.8. Analyses statistiques

Les données recueillies ont été retranscrites, de façon anonyme, informatiquement à l'aide du logiciel Excel 2019. Les statistiques ont été réalisées grâce au logiciel Épi-Info 7.

Pour les variables quantitatives, le test de Student a été utilisé quand l'effectif de chacun des groupes de comparaison était supérieur ou égal à 30 et un test non paramétrique lorsque les effectifs étaient inférieurs à 30.

Pour les variables qualitatives, le test du CHI-2 a été utilisé lorsque les effectifs théoriques étaient $\geqslant 5$ ou le test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient < 5.

Le seuil de significativité des tests a été fixé à une valeur de $p < 0,05$.

2.9. Considérations éthiques et réglementaires

L'étude a été examinée par le **Comité d'Éthique de la Recherche en Obstétrique et Gynécologie** (CEROG) sous le numéro CEROG 2019-OBST-0802 et s'est avérée conforme aux principes scientifiques généralement reconnus et aux normes éthiques de la recherche médicale (*Annexe III*).

Une lettre d'information conforme au CEROG (*Annexe II*) a été adressée aux femmes répondant aux critères, expliquant les objectifs de l'étude, son déroulement, les aspects réglementaires, éthiques et de confidentialité auxquels elles étaient confrontées à travers cette étude. Il était mentionné le caractère anonyme et non obligatoire de l'étude.

Les femmes étaient informées qu'elles pouvaient garder cette lettre d'information et avaient les coordonnées de l'investigateur pour le contacter en cas de besoin.

L'étude a bénéficié de la signature assurant la conformité à la Méthodologie de Recherche MR-004 ainsi que l'inscription au registre de la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés** (CNIL) par le directeur adjoint des systèmes d'information du dossier des patients du CHU de Poitiers (*Annexe IV*). Celle-ci est inscrite au registre CNIL/RGPD du CHU de Poitiers sous le numéro : CHU86-R2019-10-02.

La confidentialité des volontaires incluses dans cette étude ainsi que des données analysées est assurée par un hébergement et un accès tous les deux sécurisés.

3. RÉSULTATS

3.1. Présentation de la population

Figure 1 : Diagramme de flux de la population

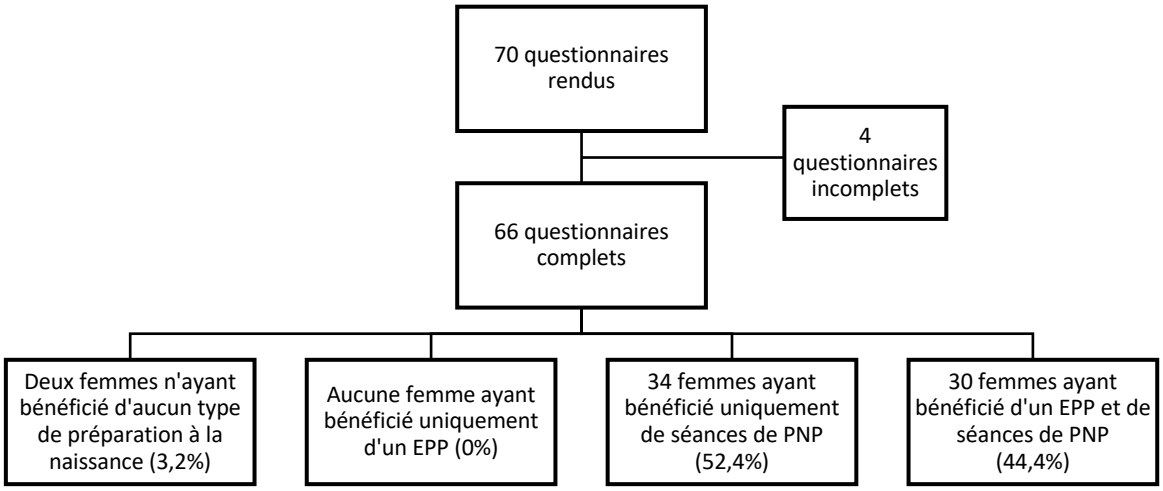

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes en fonction du type de préparation à la naissance et à la parentalité

	Population totale	Aucun suivi	Séances de PNP seules	EPP + PNP	p[a]
	n= 66 (%)	n = 2 (%)	n = 34 (%)	n = 30 (%)	
Moyenne âge (Moyenne ± ET [Min – Max]	30,1 ± 5,38 [20-43]	34,5 ± 2,12 [33-36]	29,3 ± 5,88 [20-43]	30,7 ± 4,81 [20-41]	
Classe d'âge					
≤ 25 ans	13 (19,7)	0 (---)	9 (26,5)	4 (13,3)	0,810[b]
26-30 ans	24 (36,4)	0 (---)	12 (35,3)	12 (40,0)	
30-35 ans	16 (24,2)	1 (50,0)	7 (20,6)	8 (26,7)	
> 35 ans	12 (18,2)	1 (50,0)	5 (14,7)	6 (20,0)	0,575[b]
NR	1 (1,5)		1 (2,9)		
Niveau d'études					
Sans diplôme	0 (---)	0 (---)	0 (---)	0 (---)	0,178[c]
Brevet des collèges	3 (4,6)	0 (---)	3 (8,8)	0 (---)	
CAP-BEP	14 (21,2)	2 (100,0)	6 (17,7)	6 (20,0)	
Baccalauréat	12 (18,2)	0 (---)	8 (23,5)	4 (13,3)	
Enseignement supérieur	37 (56,0)	0 (---)	17 (50,0)	20 (66,7)	0,178[c]
Autre	0 (---)	0 (---)	0 (---)	0 (---)	

[a] Comparaison entre les catégories séances de PNP seules et EPP + PNP
[b] Comparaison entre les classes dont l'âge exact était > à 35ans et ≤ 35ans
[c] Comparaison entre la catégorie « enseignement supérieur » et les autres
NR = Non renseigné

Parmi les 66 femmes ayant répondu au questionnaire, la majorité avait entre 26 et 30 ans (36,4%). L'âge moyen était de 30 ans. 26,5% des femmes du groupe ayant eu des séances de PNP seules avaient moins de 25 ans alors qu'il s'agissait de 13,3% des femmes dans la catégorie EPP + PNP. Il n'y avait pas de différence significative concernant l'âge entre les femmes ayant bénéficié de séances de PNP seules et les femmes appartenant au groupe EPP + PNP. Nous n'avons pas observé de différence significative concernant les femmes ayant plus ou moins de 35 ans en fonction du type de préparation à la naissance suivi.

La majorité des femmes avait eu accès à l'enseignement supérieur (56%), et respectivement 50% et 66,7% dans les catégories séances de PNP seules et EPP + PNP. Il n'y avait pas de différence significative concernant le niveau d'études en fonction du type de préparation à la naissance suivi.

3.2. La satisfaction globale

Tableau 2. Satisfaction concernant l'information globale reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance suivi

	Population générale n = 66 (%)	Aucun n = 2 (%)	Séances de PNP seules n = 34 (%)	EPP + PNP n = 30 (%)	p[a]
Satisfaction					0,605[b]
Très satisfaite	24 (36,4)	0 (--)	12 (35,3)	12 (40,0)	
Satisfaite	38 (57,6)	1 (50,0)	21 (61,8)	16 (53,3)	
Opinion neutre	3 (4,5)	1 (50,0)	0 (--)	2 (6,7)	
Peu satisfaite	1 (1,5)	0 (--)	1 (2,9)	0 (--)	
Complètement insatisfaite	0 (--)	0 (--)	0 (--)	0 (--)	

[a]Comparaison entre les catégories séances de PNP seules et EPP + PNP
[b]Comparaison entre les variables « Très satisfaites » et « Satisfaites ».

Nous avons interrogé les femmes sur leur satisfaction concernant l'information globale reçue au cours de la grossesse. Indépendamment du type de préparation à la naissance suivi, les femmes se déclaraient majoritairement satisfaites (94%), alors que les autres n'étaient pas satisfaites (6%).

Parmi les femmes ayant bénéficié uniquement de séances de PNP, 97,1% des femmes étaient satisfaites et 2,9% ne l'étaient pas, alors qu'il s'agissait réciproquement de 93,3% et 6,7% dans la catégorie EPP + PNP (OR = 0,42 ; IC [0,04-4,93]).

Il n'y avait pas de différence significative concernant la satisfaction des femmes à propos de l'information globale reçue au cours de la grossesse, en fonction du type de préparation à la naissance.

Tableau 3. Fréquence des thématiques abordées en fonction du type de préparation à la naissance suivi

	Type de préparation à la naissance suivi				
	Population totale n = 66 (%)	Séances de PNP seules n = 34 (%)	EPP + PNP n = 30 (%)	p[a]	OR[a] IC OR 95%
Thématiques abordées					
Alimentation	55 (83,3)	31 (91,2)	22 (73,3)	0,059	0,27 0,06-1,12
Activité physique	41 (62,1)	23 (67,7)	16 (53,3)	0,242	0,55 0,20-1,51
Tabac, drogues et alcool	54 (81,8)	24 (70,6)	28 (93,3)	**0,020**	**5,83 1,16-29,27**
Médicaments	50 (75,8)	26 (76,5)	22 (73,3)	0,772	0,85 0,27-2,63
Sexualité	42 (63,6)	23 (67,7)	19 (63,3)	0,717	0,83 0,29-2,32
Sécheresse vaginale	27 (40,9)	15 (44,1)	12 (40,0)	0,739	0,84 0,31-2,29
Fuites urinaires	41 (62,1)	21 (61,8)	20 (66,7)	0,683	1,24 0,44-3,46
Vergetures	36 (54,6)	16 (47,1)	20 (66,7)	0,115	2,25 0,82-6,21
Saignements	50 (75,8)	25 (73,5)	25 (83,3)	0,344	1,80 0,53-6,13
Place du conjoint	54 (81,8)	29 (85,3)	25 (83,3)	0,829	0,86 0,22-3,33
Quand se rendre à la maternité	63 (95,5)	33 (97,1)	29 (96,7)	0,928	0,88 0,05-14,69
Perte des eaux	60 (90,9)	30 (88,2)	30 (100)	0,052	/
Déroulement de l'accouchement	62 (93,9)	32 (94,1)	30 (100)	0,177	/
Péridurale	65 (98,5)	33 (97,1)	30 (100)	0,344	/
Déclenchement artificiel du travail	46 (69,7)	22 (64,7)	24 (80,0)	0,174	2,18 0,70-6,81
Déchirures du périnée à l'accouchement	56 (84,9)	29 (85,3)	27 (90,0)	0,570	1,55 0,34-7,13
Accouchement instrumental	52 (78,8)	26 (76,5)	26 (86,7)	0,297	2,00 0,54-7,47
Épisiotomie	56 (84,9)	29 (85,3)	27 (90,0)	0,570	1,55 0,34-7,13
Césarienne	56 (84,9)	29 (85,3)	27 (90,0)	0,570	1,55 0,34-7,13
Prolapsus	24 (36,4)	14 (41,2)	10 (33,3)	0,518	0,71 0,26-1,98
Allaitement maternel et artificiel	61 (92,4)	31 (91,2)	29 (96,7)	0,365	2,81 0,28-28,53
Santé du bébé	54 (81,8)	26 (76,5)	27 (90,0)	0,152	2,77 0,66-11,60

[a] Comparaison entre séances de PNP seules et EPP + PNP

Les femmes avaient le choix parmi toutes les thématiques pouvant être évoquées au cours de leur grossesse, de cocher ou non si elles avaient été abordées.

A l'issue de la collecte de données, en raison de faibles effectifs ne permettant pas la comparaison de toutes les catégories, les analyses comparatives ont été réalisées uniquement entre les catégories séances de PNP seules et EPP + PNP.

Le sujet concernant le tabac, les drogues et alcool a été significativement plus abordé chez les femmes appartenant au groupe EPP + PNP en comparaison avec les femmes n'ayant pas bénéficié d'EPP.

Dans le groupe n'ayant bénéficié d'aucun suivi, en moyenne 6,5/22 sujets ont été évoqués contre 16,3/22 dans le groupe séances de PNP seules et 17,4/22 dans le groupe EPP + PNP. Les femmes ayant bénéficié de séances de PNP +/- d'un EPP ont abordé plus du double de sujets en comparaison avec les femmes n'ayant eu aucun apport d'informations supplémentaires. Il n'y a pas de différence significative concernant le nombre de sujets abordés au cours de la grossesse entre les femmes ayant bénéficié d'un EPP et les femmes n'en ayant pas bénéficié ($p=0,363$).

Tableau 4. Moyenne des notes de satisfaction en fonction du type de préparation à la naissance suivi

	Type de préparation à la naissance suivi			
	Population totale /5	Séances de PNP seules /5	EPP + PNP /5	p[a]
Thématique abordée				
Alimentation	4,2	4,0	4,4	0,093
Activité physique	3,8	3,3	4,3	**0,009**
Tabac, drogues et alcool	4,2	4,1	4,3	0,277
Médicaments	4,1	4,0	4,1	0,904
Sexualité	3,7	3,7	3,7	0,555
Sécheresse vaginale	3,4	3,3	3,6	0,802
Fuites urinaires	3,8	3,8	3,9	0,890
Vergetures	3,6	3,4	3,8	0,347
Saignements	3,8	3,7	4,0	0,370
Place du conjoint	4,2	3,9	4,6	**0,016**
Quand se rendre à la maternité	4,4	4,2	4,7	0,060
Perte des eaux	4,4	4,2	4,6	0,125
Déroulement de l'accouchement	4,4	4,3	4,5	0,483
Péridurale	4,4	4,4	4,4	0,854
Déclenchement artificiel du travail	3,9	3,9	4,0	0,991
Déchirures du périnée à l'accouchement	3,8	3,6	4,0	0,197
Accouchement instrumental	4,0	4,0	4,0	0,984
Épisiotomie	4,0	3,8	4,3	0,086
Césarienne	4,1	4,0	4,2	0,434
Prolapsus	2,9	2,8	3,0	0,740
Allaitement maternel et artificiel	4,4	4,4	4,5	0,581
Santé du bébé	4,3	4,3	4,3	0,607

[a] Comparaison entre séances de PNP seules et EPP + PNP

Pour les sujets concernant l'activité physique et la place du conjoint au cours de la grossesse, les femmes ayant bénéficié d'un EPP en plus des séances de PNP étaient significativement plus satisfaites que les femmes n'en ayant pas bénéficié.

Pour les autres sujets abordés au cours de la grossesse, il n'y avait pas de différence significative concernant la satisfaction de l'information reçue.

La moyenne générale concernant la satisfaction des thématiques abordées pour le groupe ayant eu des séances de PNP seules était de 4/5 et celle du groupe EPP + PNP était de 4,23/5. Il n'y avait pas de différence significative entre ces deux moyennes (p=0,188).

Dans la population générale, indépendamment du type de suivi, les femmes étaient les moins satisfaites pour les sujets concernant le prolapsus, l'apparition de vergetures, la sécheresse vaginale et la sexualité au cours de la grossesse.

Tableau 5. Comparaison des variables « Satisfaites » et « Non satisfaites » pour chaque thématique abordée en fonction du type de préparation à la naissance suivi

		Type de préparation à la naissance suivi			
	Satisfaction	**PNP seule n = (%)**	**EPP + PNP n = (%)**	**OR[b]**	**IC OR 95%**
Thématique abordée					
Alimentation	Satisfaites[a]	25 (80,7)	18 (81,8)	1,10	0,27-4,39
	Non satisfaites	6 (19,4)	4 (18,2)		
Activité physique	Satisfaites	13 (56,5)	10 (62,5)	1,28	0,35-4,73
	Non satisfaites	10 (43,5)	6 (37,5)		
Tabac, drogues et alcool	Satisfaites	18 (75,0)	23 (82,1)	1,53	0,40-5,84
	Non satisfaites	6 (25,0)	5 (17,9)		
Médicaments	Satisfaites	20 (76,9)	17 (77,3)	1,02	0,26-3,64
	Non satisfaites	6 (23,1)	5 (22,7)		
Sexualité	Satisfaites	16 (69,6)	10 (52,6)	0,49	0,14-1,72
	Non satisfaites	7 (30,4)	9 (47,4)		
Sécheresse vaginale	Satisfaites	8 (53,3)	7 (58,3)	1,23	0,26-5,67
	Non satisfaites	7 (46,7)	5 (41,7)		
Fuites urinaires	Satisfaites	16 (76,2)	14 (70,0)	0,73	0,18-2,92
	Non satisfaites	5 (23,8)	6 (30,0)		
Vergetures	Satisfaites	10 (62,5)	13 (65,0)	1,11	0,28-4,37
	Non satisfaites	6 (37,5)	7 (35)		
Saignements	Satisfaites	16 (64,0)	19 (76,0)	1,78	0,52-6,08
	Non satisfaites	9 (36,0)	6 (24,0)		
Place du conjoint	Satisfaites	22 (75,9)	25 (100,0)	/	/
	Non satisfaites	7 (24,1)	0		
Quand se rendre à la maternité	Satisfaites	29 (87,9)	29 (100,0)	/	/
	Non satisfaites	4 (12,1)	0		
Perte des eaux	Satisfaites	25 (83,3)	29 (96,7)	5,80	0,63-53,01
	Non satisfaites	5 (16,7)	1 (3,3)		
Déroulement de l'accouchement	Satisfaites	30 (93,8)	29 (96,7)	1,93	0,17-22,50
	Non satisfaites	2 (6,3)	1 (3,3)		
Péridurale	Satisfaites	30 (90,9)	28 (93,3)	1,40	0,22-9,01
	Non satisfaites	3 (9,1)	2 (6,7)		
Déclenchement artificiel du travail	Satisfaites	16 (72,7)	19 (79,2)	1,43	0,37-5,55
	Non satisfaites	6 (27,3)	5 (20,8)		
Déchirures du périnée à l'accouchement	Satisfaites	19 (65,5)	22 (81,5)	2,32	0,67-7,98
	Non satisfaites	10 (34,5)	5 (18,5)		
Accouchement instrumental	Satisfaites	19 (73,1)	20 (76,9)	1,23	0,35-4,32
	Non satisfaites	7 (26,9)	6 (23,1)		
Épisiotomie	Satisfaites	20 (69,0)	24 (88,9)	3,60	0,86-15,10
	Non satisfaites	9 (31,0)	3 (11,1)		
Césarienne	Satisfaites	19 (65,5)	22 (81,5)	2,32	0,67-7,98
	Non satisfaites	10 (34,5)	5 (18,5)		
Prolapsus	Satisfaites	5 (35,7)	5 (50,0)	1,80	0,34-9,40
	Non satisfaites	9 (64,3)	5 (50,0)		
Allaitement maternel et artificiel	Satisfaites	28 (90,3)	27 (93,1)	1,45	0,22-9,34
	Non satisfaites	3 (9,7)	2 (6,9)		
Santé du bébé	Satisfaites	22 (84,6)	23 (85,2)	1,05	0,23-4,70
	Non satisfaites	4 (15,4)	4 (14,8)		

[a] Pour les femmes ayant donné une note de 4/5 ou 5/5 sur l'échelle numérique de Likert
[b] Comparaison entre PNP seule et EPP + PNP

Concernant la satisfaction des femmes en fonction de la thématique abordée, les femmes ayant bénéficié d'un EPP sont plus satisfaites de l'information donnée concernant le sujet de la place du conjoint au cours de la grossesse par rapport aux femmes ayant bénéficié uniquement de séances prénatales (p=0,008).

Nous n'observons pas d'association entre la satisfaction des femmes concernant l'information donnée et le type de préparation à la naissance suivi pour les autres sujets abordés au cours de la grossesse.

3.3. Satisfaction concernant l'accouchement

Tableau 6. Satisfaction concernant l'accouchement en salle de naissance

	Population générale n = 66 (%)	Séances de PNP seules n = 34 (%)	EPP + PNP n = 30 (%)	p[a]
Satisfaction				0,625[b]
Très satisfaite	25 (38,5)	13 (38,2)	12 (41,4)	
Satisfaite	30 (45,1)	17 (50,0)	12 (41,4)	
Opinion neutre	7 (10,8)	2 (5,9)	4 (13,8)	
Peu satisfaite	3 (4,6)	2 (5,9)	1 (3,4)	
Complètement insatisfaite	0 (--)	0 (--)	0 (--)	

[a]Comparaison entre les catégories séances de PNP seules et EPP + PNP
[b]Comparaison entre les variables « Très satisfaites » et « Satisfaites ».

Concernant la satisfaction vis-à-vis de l'accouchement, dans la population générale 83,6% des femmes étaient satisfaites.

Pour les femmes ayant suivi uniquement les séances de PNP, la majorité était satisfaite (88,2%) alors que pour les femmes de la catégorie EPP + PNP, 82,8% étaient satisfaites (OR : 0,53 [0,13-2,1]).

Parmi les deux femmes n'ayant bénéficié d'aucun suivi, une était satisfaite de son accouchement et une avait une opinion neutre.

La proportion de femmes satisfaites ou très satisfaites était équivalente entre les groupes séances de PNP seules et EPP + PNP.

3.4. L'entretien prénatal précoce

Tableau 7. Organisation et satisfaction des femmes concernant la réalisation de l'EPP

	Effectifs (n = 30)	%
Professionnel ayant proposé un EPP		
Une sage-femme hospitalière	1	3,3
Une sage-femme libérale	18	60,0
Une sage-femme de PMI	2	6,7
Un gynécologue obstétricien	2	6,7
Un médecin traitant	2	6,7
Aucun, la patiente l'a demandé	5	16,7
Professionnel ayant réalisé l'EPP		
Une sage-femme hospitalière	2	6,7
Une sage-femme libérale	27	90,0
Une sage-femme de PMI	1	3,3
Un gynécologue obstétricien	0	--
Un médecin traitant	0	--
Autre	0	--
Satisfaction concernant l'information reçue lors de l'EPP		
Très satisfaite	13	43,3
Satisfaite	12	40,0
Opinion neutre	5	16,7
Peu satisfaite	0	--
Complètement insatisfaite	0	--

Parmi les 30 femmes ayant bénéficié d'un EPP, pour la majorité d'entre elles (60%) c'est une sage-femme libérale qui leur avait proposé cet entretien. 16,7% des femmes ont été à l'initiative de cette demande.

Pour 90% de ces femmes, c'est une sage-femme libérale qui a réalisé l'EPP.

Concernant la satisfaction de l'information reçue lors de l'EPP, la majorité des femmes était satisfaite (83,3%) alors que 16,7% des femmes déclaraient avoir une opinion neutre concernant leur satisfaction à propos de cet entretien. Aucune femme n'a répondu avoir été peu ou complètement insatisfaite.

Parmi les 36 femmes n'ayant pas bénéficié d'un EPP, pour 97% d'entre elles, aucun professionnel ne leur avait proposé cet entretien.

Parmi ces femmes à qui personne n'avait proposé cet entretien, 38,7% d'entre elles auraient souhaité en bénéficier alors que 61,3% d'entre elles ne le souhaitaient plutôt pas.

3.5. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Pour la majorité des femmes ayant bénéficié de séances de PNP, c'est une sage-femme libérale qui leur a proposé ces séances (70,3%). Pour 6,2% des femmes, c'est la sage-femme de la PMI, le gynécologue-obstétricien ou le médecin traitant qui leur a proposé et dans 4,7% des cas, c'est la sage-femme hospitalière.

Les femmes ont majoritairement (82,5%) pu assister à la totalité des séances (soit plus de cinq séances).

Les femmes se déclaraient majoritairement satisfaites (93,7%) quant à l'information reçue lors des séances de PNP. 4,7% d'entre elles donnaient une opinion neutre et une seule femme déclarait être peu satisfaite concernant cette information.

Concernant les deux femmes n'ayant pas bénéficié de séances de PNP : pour l'une d'entre elles, ces séances ne lui avaient jamais été proposées. Mais si cela avait été le cas, elle n'aurait pas souhaité en bénéficier.

3.6. Les thématiques non abordées

Il était demandé aux femmes, en fin de questionnaire, si certaines thématiques n'avaient pas été abordées au cours de leur grossesse et pour lesquelles elles auraient aimé avoir des informations.

Quatre femmes auraient souhaité que le sujet du baby blues soit abordé.

Deux femmes ont décrit la nécessité d'aborder le déroulement de la césarienne et la cicatrisation post-opératoire.

D'autres femmes ont mentionné certains sujets qu'elles auraient aimé aborder au cours de leur grossesse tels que (évoqués une fois) :

- la durée du pré-travail ;
- l'administratif suite à l'accouchement ;
- l'acceptation de soi et de son corps après la naissance ;
- l'allaitement mixte ;
- la visite de la maternité ;
- le développement de l'embryon/fœtus au cours de la grossesse.

4. DISCUSSION

4.1. Résumé des principaux résultats de l'étude

Dans notre étude, il n'existait pas d'association entre la satisfaction de l'information globale reçue au cours de la grossesse et le type de préparation à la naissance suivi.

Pour les thématiques concernant l'activité physique au cours de la grossesse et la place du conjoint, les femmes appartenant au groupe EPP + PNP étaient significativement plus satisfaites en comparaison avec celles n'ayant pas bénéficié d'EPP.

Il n'existait pas d'association entre le type de préparation à la naissance et le nombre total de thématiques abordées.

Le sujet concernant la consommation de tabac, d'alcool et de drogues était significativement plus abordé pour les femmes ayant bénéficié d'un EPP en comparaison avec celles n'en ayant pas bénéficié.

Il n'existait pas d'association entre la satisfaction de l'accouchement et le type de préparation à la naissance suivi.

Quel que soit le type de suivi, les sujets concernant le prolapsus, la sécheresse vaginale, l'apparition de vergetures et la sexualité au cours de la grossesse ont obtenu le niveau de satisfaction le plus bas.

4.2. Forces de l'étude

À notre connaissance, il n'existe aucune autre étude dans la littérature actuelle sur la satisfaction des femmes concernant l'information reçue grâce à l'EPP. Aucune étude à notre connaissance ne compare l'information apportée par les différents types de préparation à la naissance.

L'EPP est un sujet d'actualité puisqu'il a été rendu obligatoire suite à la promulgation de la loi du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

4.3. Limites de l'étude

Les objectifs d'inclusion de l'étude étaient de 200 femmes. En raison de l'épidémie de COVID-19, aucun étudiant sage-femme n'a pu être en stage à partir du 17 mars pour assurer la distribution des questionnaires. L'investigateur ne pouvait pas non plus se rendre dans les services pour diffuser les questionnaires. Le nombre d'inclusion a pour ces raisons été limité et le recueil de données s'est déroulé du 27 novembre 2019 jusqu'au 17 mars 2020.

Dans ces conditions, il est probable que notre étude manque de puissance. Avec un effectif plus grand, des analyses utilisant certains tests de significativité auraient pu être effectuées, notamment avec la catégorie des femmes n'ayant eu aucun apport d'informations supplémentaire.

Les questionnaires étaient uniquement distribués au CHU de Poitiers, ce qui a pu constituer un biais de sélection par rapport aux femmes ayant accouché dans d'autres maternités qui pourraient avoir une satisfaction différente.

Il existe un biais de mémorisation car les femmes devaient se souvenir de l'information reçue quelques semaines ou mois auparavant dans le contexte d'un post-partum précoce. Les femmes ont également répondu au questionnaire dans les jours suivant l'accouchement où les émotions étaient maximisées, ce qui a pu orienter leurs réponses concernant leur satisfaction et leur vécu de l'accouchement.

Ce biais de mémorisation apparait également car il est possible que les femmes ne distinguent pas bien l'EPP des consultations prénatales ou du début des séances de PNP comme le précise l'ENP de 2016.

À propos de la satisfaction concernant l'accouchement, la question n'était pas explicite sur ce qui était entendu par « accouchement ». Elle pouvait laisser l'interprétation à chaque femme. La réponse pouvait porter sur le début de travail en chambre, ou sur le travail en salle, sur le moment de l'expulsion ou les suites de couches. Il aurait été nécessaire pour éviter un biais de confusion de préciser que par « accouchement » l'investigateur comprenait le travail en salle de naissance avec l'expulsion et les deux heures suivant la naissance.

4.4. Comparaison à la littérature

4.4.1. Caractéristiques socio-démographiques et conditions de réalisation de l'EPP et de la PNP

Concernant la participation à l'EPP, les chiffres de notre étude se rapprochent de ceux de la population générale car selon l'ENP de 2016, 39,5% des primipares déclaraient en avoir bénéficié contre 44,4% dans notre étude. Pour 47,2% des femmes ayant bénéficié d'un EPP, c'est la sage-femme libérale qui l'avait réalisé contre 90% des femmes dans notre étude (4). Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que le CHU de Poitiers oriente les femmes vers des professionnels extérieurs puisque lui n'en réalise pas.

Selon l'étude de Barandon S, les femmes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat avaient davantage pu bénéficier d'un EPP (19). Cette différence n'est pas retrouvée dans notre étude. Cette dernière manquant de puissance, avec un nombre d'inclusions plus élevé cette différence pourrait probablement être retrouvée.

Concernant la PNP, selon l'ENP de 2016, 77,9% des primipares en ont bénéficié, contre 96,8% dans notre étude. Selon l'étude de S. Barandon, les femmes ayant présenté au moins une complication pendant la grossesse étaient moins susceptibles de suivre les cours de PNP. Notre étude n'incluant que les grossesses physiologiques sans complications ou hospitalisations, il est possible que ce critère d'inclusion influence le pourcentage de femmes ayant bénéficié de séances de PNP dans notre étude (4) (19).

4.4.2. Satisfaction de l'information globale

Dans notre étude, il n'existait pas d'association entre la satisfaction de l'information reçue au cours de la grossesse et le type de préparation à la naissance suivi. Cependant, les femmes apparaissaient être majoritairement satisfaites quant à l'information reçue quel que soit le type de préparation suivi (avec une moyenne de 4/5 pour la catégorie séances de PNP seules et de 4,23/5 pour la catégorie EPP + PNP).

Une étude menée par Davias M, interrogeait la satisfaction des femmes sans prendre en compte le type de suivi reçu (20). Dans cette dernière, la moyenne de satisfaction générale était de 2,96/5 pour des thématiques d'informations identiques à notre étude. Cependant, notre moyenne de satisfaction générale était de 4/5 pour les femmes ayant bénéficié de séances prénatales et de 4,23/5 pour les femmes ayant bénéficié de ces séances associées à un EPP. Bien que les critères d'inclusion ne soient pas les mêmes, il apparait que les femmes ayant bénéficié de moyens d'informations supplémentaires à travers la PNP dans sa globalité soient plus satisfaites que les femmes dans la population générale. La PNP dans son ensemble (séances de

PNP et EPP) aurait donc un impact sur la satisfaction des femmes concernant l'information apportée.

4.4.3. Satisfaction en fonction des sujets abordés

Dans notre étude, la thématique concernant la consommation de tabac, d'alcool et de drogues était significativement plus abordée pour les femmes ayant bénéficié d'un EPP.

D'après l'ENP de 2016, la prévalence des femmes enceintes consommatrices de tabac était de 16,6% et de 10,7% concernant la consommation d'alcool (4) (21). Il a pourtant été prouvé que le tabagisme maternel durant la grossesse est le premier facteur de risque modifiable de morbidité maternelle et fœtale. Plus l'arrêt est précoce, plus les bénéfices sont importants pour le fœtus et la femme enceinte (22).

D'après une étude de Demiguel V, la prévention en pré-conceptionnel et au cours de la grossesse permettrait de favoriser la diminution voire l'arrêt de la consommation de tabac (23). Cependant, ce sujet n'est pas systématiquement abordé par les soignants (81,8% dans notre étude) et moins de la moitié des femmes ont reçu des conseils pour diminuer leur consommation (4). Concernant la consommation d'alcool, seules 67,1% des femmes ayant répondu à l'ENP déclaraient avoir été interrogées sur celle-ci et moins d'un tiers disait avoir reçu la recommandation de ne pas en consommer pendant leur grossesse (4).

Selon les études de Delcroix M, les approches psychologiques d'aide et d'accompagnement ont un impact majeur sur l'arrêt du tabac (24) (25). Ainsi, l'EPP réalisé en début de grossesse joue un rôle considérable dans la prévention du tabac en début de grossesse mais aussi de l'alcool qui est un facteur tératogène apparaissant dès la conception (26). S'il est réalisé précocement, il permet la coordination des acteurs pour la réduction de la consommation, l'accompagnement et l'orientation.

Cependant, dans notre étude les femmes ayant bénéficié d'un EPP, ne sont pas plus satisfaites de l'information donnée sur le sujet concernant le tabac, alcool et drogues. Se pose ici la question de la formation des professionnels sur l'accompagnement des femmes dans la diminution de la consommation de tabac et d'alcool au cours de la grossesse (27) (26). Évoquer le sujet sans orienter les patientes fait perdre son intérêt à cet entretien, il est donc nécessaire que les soignants puissent adresser leurs patientes et ainsi travailler en réseau.

Dans notre étude, il y avait une association entre la satisfaction de l'information reçue à propos de la thématique concernant la place du conjoint pour les femmes ayant bénéficié d'un

EPP. D'après les recommandations de l'HAS, il est recommandé que celui-ci assiste à l'EPP. Un de ses objectifs est de permettre à la femme enceinte mais aussi au futur conjoint de s'impliquer dans la grossesse et de développer sa paternité. Selon plusieurs études dont celle de Lavander et al, le vécu de la grossesse par la mère est influencé par le vécu du conjoint et le vécu de l'accouchement par la parturiente est influencé par la présence du conjoint (14) (28). Cependant l'EPP est rarement pratiqué en couple (26% en Poitou-Charentes en 2012) (29). Il serait intéressant de déceler les freins à la pratique de l'EPP en couple pour améliorer l'accompagnement et l'éducation globale.

4.4.4. Manque de satisfaction pour certaines thématiques

Dans notre étude, il existait des disparités quant à la satisfaction du contenu des informations en fonction des thématiques abordées. Certaines thématiques comme « les raisons de se rendre à la maternité » ou « l'allaitement » considérées comme les standards de la PNP depuis les années 1950, obtenaient la meilleure satisfaction. Tandis que d'autres sujets obtenaient une moindre satisfaction, notamment la sexualité.

Selon une étude de Mazuchova et al, la première source d'information concernant la sexualité au cours de la grossesse est internet (39%). 20,9% des femmes observaient une diminution de leur sexualité au cours de la grossesse due à des préjugés et une mauvaise information (30).

Selon l'étude de Pauleta et al, le fait d'aborder les changements de la sexualité dus à la grossesse par les professionnels permettrait d'améliorer la perception de la sexualité au cours de la grossesse (31). Cependant, parmi les femmes ayant bénéficié de séances de PNP, 35% n'ont pas pu poser leurs questions sur ce sujet. Selon notre étude 67,7% des femmes ont pu aborder ce sujet mais la moyenne de satisfaction était seulement de 3,7/5. Selon l'étude de Foucault C, 41% des femmes auraient souhaité que la thématique de la sexualité soit abordée au cours de l'EPP et 31% au cours des séances de PNP. Or, dans notre étude, nous n'observons pas de différence entre le groupe séances de PNP seules et EPP + PNP.

Nous supposons que les femmes préféreraient que ce sujet soit abordé en individuel plutôt que lors de séances prénatales en groupe. Ce sujet mériterait probablement d'être évoqué systématiquement en EPP puisque l'entretien est individuel (32).

Concernant les autres thématiques obtenant une satisfaction inférieure, certaines études rapportent une insuffisance de formation en éducation pour la santé des sages-femmes, influençant leur discours lors des séances de PNP et de l'EPP (33).

4.4.5. Sujets non abordés au cours de la grossesse

Certaines femmes de notre étude regrettent le manque d'information concernant le baby blues et la dépression du post-partum. Selon l'étude de Charbol et al, les femmes connaissent le terme de « baby blues », mais peu d'entre elles ont des informations claires sur la fréquence et la manifestation de ce baby blues ainsi que son évolution. Une intervention de prévention réalisée en anténatal pourrait être prévue chez les mères à risques, dépistées grâce à l'EPP. Elle permettrait de réduire la fréquence des évolutions dépressives, l'intensité du blues du post partum et de faciliter l'acceptation d'un suivi à domicile (34). Celle-ci permettrait également la normalisation et la déculpabilisation des femmes (35) (36). Selon l'étude de Milgrom J, cette démarche éducative au sujet des symptômes, les moyens d'obtenir de l'aide, le rôle et les bénéfices d'une intervention précoce permettrait de diminuer les conséquences pour la femme, son bébé et sa famille (37). L'EPP réalisé en début de grossesse aurait ici son rôle de prévention.

Certaines femmes ont décrit le manque d'information concernant la césarienne et la cicatrisation post-opératoire. L'HAS recommande aux professionnels d'aborder la césarienne comme une intervention chirurgicale courante (38). Cependant, du fait de la pratique fréquente de cette chirurgie (20,2% des naissances), certaines femmes et professionnels banalisent les conséquences et les risques de cette chirurgie. En France, d'après l'ENP de 2016, la fréquence de l'ensemble des césariennes n'a pas diminué (4). Selon une étude de Gamble J, seulement moins de la moitié des femmes qui préféraient une césarienne par rapport à un accouchement voie basse connaissaient les risques pour elle ou pour leur bébé (39). Celles-ci préféraient une césarienne car elles n'avaient pas eu d'informations sur l'accouchement voie basse et ne se sentaient pas préparées. De plus, il est possible que le personnel de santé minimise les risques de cette chirurgie qui tend à devenir dans certains pays le mode le plus habituel d'accouchement (40) (41). Ceci pourrait expliquer la raison pour laquelle les femmes manquent d'informations sur le déroulement de la césarienne et les suites de la cicatrisation car cette pratique tend à être banalisée et ses conséquences minimisées.

4.4.6. L'entretien prénatal précoce

Selon notre étude, pour 97% des femmes n'ayant pas bénéficié d'un EPP, la raison était qu'aucun professionnel ne leur avait proposé. Nos chiffres se rapprochent de ceux de l'étude de Aernout E.M qui correspondent à 87% (42). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certains professionnels ne sont pas convaincus eux-mêmes de l'utilité de la mise en place de cet

entretien. Son principe est discuté, les avis ne sont pas toujours unanimes et les professionnels regrettent le manque d'évaluation de ce dispositif (43) (44). De plus, selon l'enquête sur la réalisation de l'EPP en Poitou-Charentes menée par l'Observatoire Régional de la Santé, les sages-femmes évoquent le manque de temps comme raison principale pour ne pas proposer l'EPP. Au sein des hôpitaux, il existe des disparités, certains décrivent avoir besoin de moyens financiers et humains supplémentaires pour assurer sa réalisation (45), tandis que les grandes maternités se concentrent majoritairement sur l'aspect de la prise en charge médicale de la grossesse (33).

D'autres études montrent que le manque de formation des professionnels aurait un lien avec la réalisation de cet entretien, et que la formation initiale ne serait pas suffisante (46). Le rôle des réseaux de santé périnatale est ici capital vis-à-vis de l'information donnée, des techniques d'entretien, et de la collaboration en réseau.

Il serait intéressant de savoir comment cette pratique, devenue obligatoire depuis mai 2020, va être mise en place selon les décrets d'application et organisée par les différents professionnels.

De plus, selon notre étude, parmi les femmes pour qui l'EPP n'avait pas été proposé, seulement 38,7% d'entre elles auraient souhaité en bénéficier.

Ceci pourrait s'expliquer par le manque de communication auprès des femmes à propos de l'existence et des objectifs de cet entretien. En effet, selon l'étude de Clairon A, seules 58% des femmes avaient connaissance de cet entretien, et cette information venait majoritairement des professionnels (47). Pourtant, la majorité des femmes en ayant bénéficié en sont satisfaites. Ne pas bénéficier de l'EPP par manque de connaissance ou de proposition constitue une réelle perte de chance d'un suivi adapté et crée une inégalité entre les femmes. La vulgarisation et le ciblage de cette information devraient être plus largement relayés par les médias, les sites internet, les organismes d'assurance maladie ou d'allocations familiales qui adressent déjà des documents pendant la grossesse.

La mise en place de l'EPP rendu obligatoire devrait permettre à toutes les femmes d'avoir un suivi adapté à leurs besoins.

5. CONCLUSION

Nous sommes passés d'une médecine dite paternaliste à une médecine participative où les droits des patients et des femmes enceintes sont exercés. La question des violences obstétricales interroge les pratiques d'aujourd'hui. Les femmes veulent être actrices de leur accouchement et le revendiquent. L'écriture d'un projet de naissance initie cette démarche mais seule une information complète et individualisée permettra d'améliorer leur satisfaction. Il est cependant nécessaire que les femmes bénéficient d'une information adéquate et honnête quant aux pratiques obstétricales et au déroulement de la grossesse et de l'accouchement, y compris lors de la préparation à la naissance et à la parentalité.

Notre étude avait pour objectif de mesurer la satisfaction des femmes concernant l'information reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance suivi. Nous souhaitions également évaluer les différences en termes de nombre et de fréquence entre les différentes thématiques abordées. Un des objectifs secondaires était de rechercher une éventuelle association entre le type de PNP suivi et la satisfaction des femmes concernant leur accouchement.

Notre étude n'a pas retrouvé de différence entre la satisfaction à propos de l'information reçue et le type de préparation à la naissance, y compris concernant leur accouchement. Ces résultats sont à nuancer en raison d'un manque de puissance important de notre étude, dû à de faibles effectifs.

Quel que soit le mode de préparation à la naissance suivi, un manque de satisfaction persiste malgré tout pour certaines thématiques.

Cependant, il apparait que les femmes ayant bénéficié de la préparation à la naissance et à la parentalité (séances de PNP +/- EPP) sont majoritairement satisfaites de l'information reçue puisque la moyenne des femmes concernant leur satisfaction était de 4,12/5.

De plus, d'après notre étude, l'EPP joue réellement son rôle de dépistage des addictions, et permet au père d'être inclus dans le suivi.

Notre étude révèle cependant que l'EPP n'est pas systématiquement proposé par les professionnels ou que les femmes ne souhaitent pas en bénéficier, probablement par manque d'informations sur son rôle.

L'EPP est devenu obligatoire depuis le 1er mai 2020. Cette loi devrait probablement permettre une meilleure compréhension de cet entretien par les femmes, mais aussi aux professionnels de porter un meilleur intérêt à cette pratique, et de le proposer systématiquement.

Il serait cependant nécessaire d'ajouter des précisions quant à la mise en place de cette loi, et ainsi permettre d'instaurer cet EPP notamment au CHU de Poitiers et dans les établissements qui n'en réalisent pas actuellement.

6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pierre F. Information de la femme et consentement en obstétrique. RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2018;46(12):986-993.

2. HAS. Patient et Professionels de santé : décider ensemble : concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Etat des lieux. HAS; 2013. 4p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf.

3. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles. HAS ; 2005. 54 p. https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

4. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Inserm ; 2017. 54 p. http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

5. Basset C, Brun N. Enquête périnatalité: « Regards de femmes sur leur maternité ». Journal du droit des jeunes. 2012;314(4):28. http://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2012-4-page-28.htm

6. Socquet M. Prévalence et prise en charge de l'incontinence urinaire pendant la grossesse [Mémoire]. Grenoble, France : Université Jospeh Fournier; 2014.

7. Lemaître D. Sexualité et grossesse, souhaits et ressenti des femmes : Étude prospective multicentrique réalisée auprès de 112 patientes au huitième et neuvième mois de grossesse [Mémoire]. Rouen, France : Centre hospitalier universitaire de Rouen; 2010.

8. Nouira S, Deparis J, Bouin T et al. Évaluation de l'utilisation d'Internet par les femmes enceintes en France en 2015. La Revue Sage-Femme. 2015 Dec;14(6):215-222. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408815001066

9. Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 - Article 62.

10. Bazin A, Gasc C, Mégret C et al. L'entretien prénatal précoce : des mots sur des maux. Spirale. 2013 Nov;66(2):163-175. https://www.cairn.info/revue-spirale-2013-2-page-163.htm

11. Lothian J. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2006;35(2):295-303. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x

12. Divall B, Spiby H, Nolan M et al. Plans, preferences or going with the flow : An online exploration of women's views and experiences of birth plans. Midwifery. 2017;54:29-34. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613817301626

13. Kupfer JM, Bond EU. Patient Satisfaction and Patient-Centered Care: Necessary but Not Equal. JAMA. 2012;308(2):139-140.http ://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/ 1216487

14. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. Midwifery. 1999;15(1):40-46. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613899900360

15. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement : Enquête sur les accouchements. 2012:18p. https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf

16. HAS. Mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures dans un établissement de Médecine - Chirurgie - Obstétrique : Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. HAS ; 2017. 20p. https://www.has sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/synthese_essatis_2017.pdf

17. Macias A. Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages-femmes et gynécologues-obstétriens.[Mémoire]. Paris, France : Université Paris Descartes ; 2019. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02301776/document

18. Floris L, Mermillod B, Chastonay P. Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction, lors de l'accouchement. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2010;58(1):13-22. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762009005203

19. Barandon S, Balès M, Melchior M et al. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016;45(6):599-607. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii S0368231515001738

20. Davias M. Évaluation des attentes et de la satisfaction des femmes enceintes concernant les informations reçues au cours de la grossesse. [Mémoire]. Poitiers, France : Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers ; 2020.

21. Andler R, Cogordan C, Richard JB et al. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018. 9p. https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/Barometre%20Grossesse-Alcool-Tabac.PDF

22. Bertrand M-L, Vegezzi M-P, Ecoe R et al. Tabac et grossesse : rôle des gynécologues obstétriciens et de l'équipe obstétricale. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005;34:318-325. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505830042

23. Demiguel V, Blondel B, Bonnet C et al. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(35-36):694-703. http://invs.santepubli quefrance.fr/beh 2018/35-36/2018_35-36_2.html

24. ANAES. Conférence de consensus : Grossesse et tabac. Textes des recommandations. Lille. 2004 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_court.pdf

25. Delcroix M-H. La grossesse et le tabac. Paris : Presses Universitaires de France, 2017. Que sais-je ? ; 2. 128 p. https://www.cairn.info/la-grossesse-et-letabac--9782130794738.htm

26. Seror E, Chaperon E, Bué M et al. Alcool et grossesse. Archives de Pédiatrie. 2009;16(10):1364-1373. https://www-sciencedirect-com.ressources.univ-poitiers.fr/science/article/pii/S0929693X09003030

27. Koch A, Blanc J. Quelle politique de prise en charge du tabagisme pendant la grossesse ? - Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2020. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.028

28. Capgras-Baberon Danielle, « De l'entretien prénatal à l'entretien postnatal : une place pour le père ? », dans : Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal éd., Accueillir les pères en périnatalité. Cahier Marcé n° 7. Toulouse, ERES, « La vie de l'enfant », 2017, p. 235-240.

29. Bouffard B, Giraud J, Robin S, et al. La réalisation de l'entretien prénatal précoce en Poitou- Charentes. Enquête auprès des sages-femmes libérales, salariées et PMI. ORS Poitou-Charentes ; 2012. Rapport n° 140. 38 p. http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/zz6xD7E PP12.pdf

30. Mazúchová L, Kelčíková S, Ďuríčeková B et al. Perceived changes and concerns of women related to sexuality in pregnancy in the context of the importance of being informed. Kontakt. 2018;20(3):244-249. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411718300400

31. Pauleta J, Pereira N, Graça L. Sexuality During Pregnancy. The Journal of Sexual Medicine. 2010;7(1):136-142 https://onlinelibrary-wiley-com.ressources.univ-poitiers.fr/doi/full/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x

32. Foucault C. Sexualité du post-partum. Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. [Mémoire]. Paris, France : Université Paris Descartes ; 2011.

33. Bernard M-R, Eymard C. L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. Sante Publique. 2014;26(5):591-602. http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-5-page-591.htm

34. Chabrol H, Coroner N, Rusibane S et al. Prévention du blues du post-partum : étude pilote. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2007;35(12):1242-4. https:/linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1297958907005413

35. Chabrol H, Teissèdre F, Saint-Jean M et al. Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée. Devenir. 2003;Vol. 15(1):5-25. https://www.cairn.info/revue-devenir-2003-1-page-5.htmUR

36. Maïnella E, Séjourné N, Chabrol H. Étude du lien entre le niveau de connaissances des mères sur le baby-blues et l'intensité de sa symptomatologie. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 2007;17(3):120-124. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S115517040773241X

37. Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). Devenir. 2001;Vol. 13(3):27-50. https://www.cairn.info/revue-devenir-2001-3-page-27.htm

38. HAS. Indications de la césarienne programmée à terme : Méthode Recommandations pour la pratique clinique. HAS; 2012. 19p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf

39. Gamble J, Creedy K. Women's preference for a cesarean section : Incidience and associated factors. Birth. 2001;28(2):101-110 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1523-536X.2001.00101.x

40. Sabatino G. Les douleurs post-césariennes. La Revue Sage-Femme. 2019;18(3):135-144. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408819300276

41. Bouchard A, Cohen L. La césarienne sur demande maternelle : quels enjeux pour la femme ? Corps Psychisme. 2016 ;69(1) :59-71.

42. Aernout E.M, Carpentier S. Connaissance de l'entretien prénatal précoce chez les femmes venant d'accoucher : étude transversale en 2011 dans la métropole lilloise (France). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016;45(4):337-342. https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S036823151500126X

43. Ministère de la santé et des sports. Direction Générale de la Santé. Évaluation du plan périnatalité 2005-2007. Rapport final. Planète Publique ; 2010. 140p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf

44. Branger B, Réseaux de santé en périnatalité. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(6-7):123-131. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/6-7/2015_6-7_5.html.

45. Bouffard B, Giraud J, Robin S, et al. La réalisation de l'entretien prénatal précoce en Poitou- Charentes. Enquête auprès des sages-femmes libérales, salariées et PMI. ORS Poitou-Charentes ; 2012. Rapport n° 140. 38 p. http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/zz6xD7EPP12.pdf

46. Janvier E. L'entretien prénatal précoce : état des lieux de la formation et des difficultés rencontrées par les sages-femmes d'Auvergne [Mémoire]. Clermont-Ferrand, France : Université d'Auvergne - Clermont 1 ; 2013.

47. Clairon A. Modalités et conditions de réalisation de l'entretien prénatal précoce chez les femmes enceintes du territoire brestois. Étude transversale descriptive rétrospective menée à Brest du 1er au 31 août 2016 auprès de 315 accouchées [Mémoire]. Brest, France : UFR de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest ; 2017.

7. ANNEXES

ANNEXE I

Questionnaire sur la satisfaction des femmes concernant l'information reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance :

Madame,

Je vous remercie pour votre participation à cette étude. Elle a pour but d'évaluer la satisfaction des femmes concernant l'information reçue au cours de la grossesse et permettra par la suite d'améliorer nos pratiques.

Une fois le questionnaire rempli, vous le remettrez à votre sage-femme.

Ce questionnaire est anonyme, les réponses seront exploitées de manière confidentielle et uniquement dans le cadre de cette étude.
Rendre le questionnaire rempli et signé est considéré comme une non opposition à notre étude.

Merci d'avance pour votre aide précieuse.

Florie ARCHAMBAUD
Étudiante sage-femme de Poitiers

Quelle est votre date de naissance ?
_ _ / _ _ / _ _ _ _

Quel est votre niveau d'étude ?

- ☐ Sans diplôme
- ☐ Brevet des collèges
- ☐ CAP-BEP
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Enseignement supérieur
- ☐ Autre Précisez : ……..

Durant cette grossesse, avez-vous bénéficié ? *(Plusieurs réponses possibles)* :

- ☐ d'un entretien prénatal précoce (EPP)
- ☐ de cours de préparation à la naissance et à la parentalité
- ☐ d'aucun des moyens listés ci-dessus : simplement les consultations habituelles de suivi auprès de votre médecin ou de votre sage-femme

L'entretien prénatal précoce

Il s'agit un entretien individuel ou en couple de 30 à 45min, souvent réalisé autour du 4ème mois de grossesse. Vous pouvez exprimer vos attentes, vos besoins, poser vos questions pour l'accouchement et la préparation à la naissance. C'est un temps d'échange et non un examen médical

- **Si vous avez eu un entretien prénatal précoce, merci de répondre aux questions suivantes :**

Qui vous a proposé l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) ?

- ☐ Une sage-femme de consultations (hospitalière)
- ☐ Une sage-femme libérale
- ☐ Une sage-femme de protection maternelle et infantile (PMI)
- ☐ Un gynécologue-obstétricien
- ☐ Votre médecin traitant
- ☐ Personne ne me l'a proposé, je l'ai demandé
- ☐ Autre (précisez : …… ……..)

Qui l'a réalisé ?

- ☐ Une sage-femme de consultations (hospitalière)
- ☐ Une sage-femme libérale
- ☐ Une sage-femme de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- ☐ Un gynécologue-obstétricien
- ☐ Votre médecin traitant
- ☐ Autre (précisez : ……..… ……..)

Comment considérez-vous l'information reçue grâce à l'entretien prénatal précoce ?

- ☐ Très satisfaisante
- ☐ Satisfaisante
- ☐ Opinion neutre
- ☐ Peu satisfaisante
- ☐ Complètement insatisfaisante

- **Si vous n'avez pas eu d'entretien prénatal précoce, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes :**

Cet entretien vous a-t-il été proposé ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

S'il ne vous a pas été proposé, auriez-vous aimé pouvoir en bénéficier ?

- ☐ Oui
- ☐ Plutôt oui
- ☐ Opinion neutre
- ☐ Plutôt non
- ☐ Non

La préparation à la naissance et à la parentalité

- **Si vous avez eu des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, merci de répondre aux questions suivantes :**

Qui vous a proposé de réaliser des cours de préparation à la naissance ?

- ☐ Une sage-femme de consultations (hospitalière)
- ☐ Une sage-femme libérale
- ☐ Une sage-femme de protection maternelle et infantile (PMI)
- ☐ Un gynécologue-obstétricien
- ☐ Votre médecin traitant
- ☐ Autre (précisez : ……..)
- ☐ Personne ne me l'a proposé

A combien de séances avez-vous participé ?

- ☐ Aucune
- ☐ Moins de 2
- ☐ Entre 3 et 5
- ☐ Plus de 5

Comment considérez-vous l'information reçue grâce aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- ☐ Très satisfaisante
- ☐ Satisfaisante
- ☐ Opinion neutre
- ☐ Peu satisfaisante
- ☐ Complètement insatisfaisante

- **Si vous n'avez pas eu de cours de préparation à la naissance et à la parentalité, merci de répondre aux questions suivantes :**

Ces cours vous ont-ils été proposés ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

S'ils ne vous ont pas été proposés, auriez-vous aimé pouvoir en bénéficier ?

- ☐ Oui
- ☐ Plutôt oui
- ☐ Opinion neutre
- ☐ Plutôt non
- ☐ Non

L'information reçue au cours de la grossesse

D'une manière générale, comment considérez-vous l'information reçue **au cours de votre grossesse ?**

- ☐ Très satisfaisante
- ☐ Satisfaisante
- ☐ Opinion neutre
- ☐ Peu satisfaisante
- ☐ Complètement insatisfaisante

Parmi les sujets de grossesse listés ci-dessous, cochez ceux ayant été abordés au cours de votre grossesse et indiquez (en entourant) votre niveau de satisfaction concernant ces sujets.

1- Complètement insatisfaite
2- Peu satisfaite
3- Opinion neutre
4- Satisfaite
5- Très satisfaite

La grossesse :

(Cochez l'item s'il a été abordé au cours de votre grossesse)	**Note de satisfaction** (Entourez le chiffre correspondant):
☐ Alimentation et grossesse	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Activité physique et grossesse	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Tabac, drogues, alcool et grossesse	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Les médicaments et la grossesse	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ La sexualité pendant la grossesse	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ La sécheresse vaginale	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Fuites urinaires et grossesse	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Les vergetures	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Les saignements pendant la grossesse	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ La place du conjoint durant la grossesse et l'accouchement	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Quand se rendre à la maternité, les contractions	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ La perte des eaux	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Le déroulement de l'accouchement	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ La péridurale	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Déclenchement artificiel du travail	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Déchirures du périnée à l'accouchement	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ L'accouchement instrumental	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ L'épisiotomie	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ La césarienne	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ Le prolapsus (descente d'une partie ou de la totalité d'un organe)	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ L'allaitement maternel et artificiel	1 – 2 – 3 – 4 – 5
☐ La santé du bébé	1 – 2 – 3 – 4 – 5

Êtes-vous satisfaite du déroulement de **votre accouchement et de ses suites ?**

- ☐ Très satisfaite
- ☐ Satisfaite
- ☐ Opinion neutre
- ☐ Peu satisfaite
- ☐ Complètement insatisfaite

Existe-t-il des sujets qui n'ont pas été abordés au cours de votre grossesse mais dont vous auriez aimé avoir des informations ? Si oui, lesquels ?

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

<u>Signature :</u>

ANNEXE II

Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG)

CNGOF COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

FICHE D'INFORMATION CEROG 2018

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche intitulé : « **Mesure de la satisfaction des femmes concernant l'information reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance** » coordonné par : Dr GACHON Bertrand Service de Gynécologie Obstétrique et ARCHAMBAUD Florie : étudiante sage-femme.

Quel est l'objectif de la recherche?

L'objectif est d'évaluer la satisfaction des femmes concernant l'information reçue en fonction du type de suivi de grossesse : n'avoir bénéficié d'aucune préparation à la naissance, avoir bénéficié seulement d'un entretien prénatal précoce, que de séances de préparation à la naissance et à la parentalité ou des deux.

Ce projet a également comme objectifs d'évaluer le nombre de thématiques abordées en fonction du type de suivi, d'évaluer si certaines thématiques ont été davantage abordées, de définir les thématiques pour lesquelles les femmes manquent d'informations mais aussi d'évaluer la satisfaction des femmes concernant leur accouchement en fonction du type de suivi.

Quelle est la méthodologie ?

Cette recherche ne vise pas à modifier votre prise en charge. Il n'y aura pas de consultation ou d'examen supplémentaires à ceux indispensables au suivi de votre grossesse, ni de modifications du traitement prescrit par votre médecin.

Quels sont vos droits dans le cadre de cette recherche ?

Vous disposez d'un droit d'opposition, sans conséquences sur la suite du traitement ni de la qualité des soins qui vous seront fournis.
De plus, votre participation à cette recherche est volontaire et vous pourrez l'interrompre à tout moment sans justification. Le retrait de votre participation n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts. En cas de retrait de votre part au projet de recherche, les données qui vous concernent pourront être détruites à votre demande.

Déroulement et calendrier de la recherche

Accouchement à J0
Remise du questionnaire à J1 ou J2, avant la sortie de la maternité.
Remplissage du questionnaire à J1 ou J2, et remise avant la sortie, avant J3.
Début de l'étude en Septembre 2019.
Fin du recueil des données pour l'étude en Décembre 2019

Quels sont les bénéfices attendus ?
Aucun bénéfice individuel immédiat n'est attendu pour les participants à la recherche, si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques. En revanche, les conclusions de notre recherche pourront nous amener à modifier dans le futur les pratiques de prise en charge des patientes.

Comité d'éthique et de la recherche en Gynécologie Obstétrique - CEROG

Grâce au résultat de l'analyse des questionnaires, nous pourront déterminer l'utilité des outils mis en place pour apporter des informations aux femmes enceintes durant leur grossesse en fonction de leur satisfaction. Si l'association de l'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance et à la parentalité permet d'apporter plus d'informations et si celles-ci sont plus adaptées à la femme, il serait intéressant de développer ces outils ou de les améliorer.

Si ces outils n'apportent pas plus d'informations aux femmes enceintes durant la grossesse, leur pertinence et l'utilité devraient être remises en question.

Aspects réglementaires et législatifs

Cette recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG) sous le numéro CEROG 2019-OBST-0802.

Cette étude est en conformité avec la loi Informatique et Libertés à la méthodologie de référence MR-004 relative aux traitements de données à caractères personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé (Conformité au Règlement Général sur la Protection des données).

Recueil des données, Confidentialité et Loi informatique et liberté

Si vous ne vous opposez pas à cette recherche, nous recueillerons à partir du questionnaire joint, les données suivantes : âge, niveau d'étude, formation, profession, le type de préparation à la naissance suivi, les différentes thématiques abordées et votre satisfaction selon un score.
Les personnes destinataires des données nécessaires à la finalité de l'étude sont Dr GACHON et ARCHAMBAUD Florie.
Le recueil se fera par un personnel de santé tenu au secret professionnel et sous la responsabilité du médecin s'occupant de votre prise en charge.
Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présentée. Ces données seront identifiées par un code (numéro chronologie d'entrée dans la recherche). Ces données seront stockées sur un fichier Excel enregistré au CHU sur le serveur sécurisé), sous la responsabilité du Dr GACHON et pour une durée de 6 mois.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de limitation des informations collectées vous concernant dans le cadre de ce traitement.
Dans certains cas, vous pouvez également refuser la collecte de vos données et vous opposer à ce que certains types de traitement des données soient réalisés. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.
Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique.
Vous pourrez retirer à tout moment votre accord concernant la collecte de vos données dans le cadre de ce traitement. Le cas échéant, conformément à l'article L.1122-1-1 du Code de la Santé Publique, les données vous concernant qui auront été recueillies préalablement à votre accord pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.
Enfin, vous pouvez demander à ce que les informations personnelles colligées vous soient fournies, à vous ou à un tiers, sous un format numérique (droit de portabilité).
Vos droits cités ci-dessus s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Comité d'éthique et de la recherche en Gynécologie Obstétrique - CEROG

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou des droits associés à ces informations, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données du CHU de Poitiers (Mr Sallaberry mail : jean-jacques.sallaberry@chu-poitiers.fr) ou le Dr GACHON Bertrand.
Si malgré les mesures mises en place par le promoteur, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).
Si le responsable de traitement souhaite effectuer un traitement ultérieur des données à caractère personnel vous concernant pour une finalité autre que celle pour laquelle vos données à caractère personnel ont été collectées, vous serez informée au préalable quant à cette autre finalité, à la durée de conservation de vos données, et toute autre information pertinente permettant de garantir un traitement équitable et transparent.

Si vous le désirez, les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion par le médecin en charge de votre suivi.
Aucune donnée ne permettra votre identification dans les rapports ou publications scientifiques issus de cette recherche.

A qui devez-vous vous adresser en cas de questions ou de problèmes ?
Pour tout renseignement concernant cette recherche ou pour exprimer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition, vous pouvez contacter par mail/courrier/téléphone :

Dr GACHON Bertrand – Service de Gynécologie Obstétrique-
Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers - 2 rue de la Milétrie –
CS90577 - 86021 POITIERS cedex
Tel : 05.49.44.39.45
Bertrand.GACHON@chu-poitiers.fr

Soyez assurées que votre participation nous est extrêmement précieuse. Nous vous remercions par avance de l'aide que vous apportez ainsi à la recherche.

ANNEXE III

CEROG

Comité d'Ethique de la Recherche
en Obstétrique et Gynécologie

CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Président :
Bernard JACQUETIN

Président sortant, qualifié dans le domaine éthique
Gérard LEVY

Secrétaire OBST-DAN :
Florent FUCHS
f-fuchs@chu-montpellier.fr

Secrétaire GYN-AMP :
Thibault THUBERT
thibault.thubert@chu-nantes.fr

SECTION GYNECOLOGIE - ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION :

Jean Philippe AYEL
Sofiane BENDIFALLAH
Georges Fabrice BLUM
Perrine CAPMAS
Yohan DABI
Emile DARAI
Xavier DEFFIEUX
Hervé FERNANDEZ
Guillaume LEGENDRE
Florence LEPERLIER
Vincent LETOUZEY
Paul MARZOUK
Anne Cécile PIZZOFERRATO
Caroline TRICHOT
Vincent VILLEFRANQUE

SECTION OBSTETRIQUE ET MEDECINE FŒTALE :

Tiphaine BARJAT
Alexandra BENACHI
Guillaume BENOIST
Paul BERVEILLER
Léon BOUBLI
Pierre François CECCALDI
Pierre DELORME
Guillaume DUCARME
Charles GARABEDIAN
Camille LE RAY
Charline BERTHOLDT
Nicolas MOTTET
Olivier PARANT
Alexandre VIVANTI
Norbert WINER

2019

Institutional review board approval

Submission number
CEROG 2019-OBST-0802

The Ethical Review Committee « *Comité d'éthique de la recherche en Obstétrique et Gynécologie** » has examined the research entitled:

« Mesure de la satisfaction des femmes concernant l'information reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance.».

This research was found to conform to generally accepted scientific principles and medical research ethical standards.

This research was found to be in conformity with the laws and regulations of the country in which the research experiment was performed.

Bernard JACQUETIN
President

Florent FUCHS
Secretary

** Deffieux X, Vayssiere C, Azria E, Porcher R, Parant O, Clavier J, Guibert J, Benachi A, Houfflin-Debarge V, Jouannic JM, Rozenberg P, Andre G, Ansquer Y, Rouzier R, Benbassa A, Collinet P, Ayel JP, Jacquetin B, Morice P, Boubli L, Senat MV, Brunet L, Levy G. Institutional review board of the French college of obstetricians and gynecologists (CEROG). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010 ; 39(5):401-8.*

ANNEXE IV

Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG)

FICHE DE VERIFICATION DE LA CONFORMITE DE L'ETUDE EN MR004 - CEROG 2018

La vérification de la conformité de votre étude en MR004 est effectuée à la fois par vous-même (vérification du type de données – cf ci-dessous) ainsi que par le référent CIL (Correspondant Informatique et Liberté) de votre établissement.
Il est nécessaire que vous vous rapprochiez de celui-ci afin qu'il puisse valider la conformité de votre étude à la MR004.

Pour votre information, ci-joint l'ensemble des données autorisées dans le cadre de la méthodologie de référence MR004.

Concernant les patientes
Identification : Numéro d'ordre ou code alphanumérique, ou simple initiale pour chaque patient « Seuls les professionnels et ses collaborateurs intervenant dans la recherche dans un centre peuvent conserver le lien entre l'identité codée des personnes concernées par la recherche et leurs nom(s) et prénom(s) (table de correspondance conservée de façon sécurisée). » « Le numéro d'ordre affecté à la personne pour l'étude est différent du numéro identifiant le patient dans la base initiale. La correspondance, si nécessaire, sera détenue par le responsable de la base de données initiale » « Lorsque le code alphanumérique se compose de lettres correspondant aux nom et prénom des personnes concernées par la recherche, il peut correspondre aux deux premières lettres du nom et à la première lettre du prénom. Il est toutefois recommandé de se limiter aux seules initiales, c'est-à-dire à la première lettre du nom et à la première lettre du prénom. Ces initiales peuvent être complétées d'un numéro d'inclusion et/ou d'un numéro de centre participant »
Absence de Nom(s), de prénom(s), de numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques.
Poids, taille, thérapie suivie dans le cadre de la recherche et concomitante, résultats d'examens, résultats issus d'analyse d'échantillons biologiques, imagerie médicale, données relatives aux effets et événements indésirables, antécédents personnels ou familiaux, maladies ou événements associés, données relatives à un état de santé susceptible d'influencer les résultats ou de rendre impossible la participation en application de contre-indications médicales
Age ou date de naissance (mois et année de naissance, voire jour de naissance si ce dernier est nécessaire à la réalisation d'une recherche impliquant des personnes âgées de moins de deux ans), Lieu de naissance, sexe, pays et département de résidence
Photographie et / ou vidéo ne permettant pas l'identification des personnes
Photographie et / ou vidéo recueillies dans des conditions conformes aux dispositions applicables en matière de droit à l'image et de droit à la voix
Dates relatives à la conduite de la recherche (inclusion, visites)

Comité d'éthique et de la recherche en Gynécologie Obstétrique - CEROG

Origine ethnique
Données génétiques strictement nécessaires pour répondre aux objectifs ou finalités de la recherche, ne permettant pas par elles-mêmes une identification directe ou indirecte de la personne.
Situation familiale
Niveau de formation (par exemple, primaire, secondaire, supérieur)
Catégorie socio-professionnelle
Vie professionnelle (par exemple : profession actuelle, historique, chômage, trajets et déplacements professionnels, expositions professionnelles)
Régime d'affiliation à la sécurité sociale à l'exclusion du numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques, assurance complémentaire (mutuelle, assurance privée)
Participation à d'autres recherches ou études
Déplacements (vers le lieu de soin: mode, durée, distance)
Consommation de tabac, alcool, drogues
Habitudes de vie et comportements, par exemple: dépendance (seul, en institution, autonome grabataire), assistance (aide ménagère, familiale), exercice physique (intensité, fréquence, durée), régime et comportement alimentaire
Mode de vie; habitat…
Vie sexuelle
Statut vital, lorsque cette information figure dans le document source
Remboursement des frais engagés par la personne concernée, liés à la recherche
Echelle de qualité de vie ou autres informations sur la qualité de vie de la personne

A l'inverse, concernant les patients, les données ne pouvant pas être recueillies concernent par exemple : les données de géocodage, du répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR), les opinions religieuses, les données relatives aux infractions....

Concernant les professionnels de santé
Identité : Nom, prénom(s), sexe, adresse, coordonnées professionnelles postales, électroniques et téléphoniques, coordonnées bancaires
Formation(s), diplôme(s)

Vie professionnelle (notamment cursus professionnel, mode et type d'exercice, éléments nécessaires à l'évaluation des connaissances dont ils disposent pour réaliser la recherche)
Numéro d'identification dans le Répertoire partagé des professionnels de santé
Montant des indemnités et rémunérations perçues
Participation à d'autres études

Date : 23/10/2019 Signature :

8. RÉSUMÉ

Introduction et objectifs : Pour répondre au besoin d'informations des futurs parents, la Préparation à la Naissance et la Parentalité (PNP) a été instaurée pour renforcer l'information délivrée à l'occasion des consultations prénatales. Notre objectif principal était d'évaluer la satisfaction des femmes concernant l'information reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance ainsi que pour l'accouchement. Nos objectifs secondaires étaient d'évaluer le nombre de thématiques abordées et leur fréquence en fonction du type de PNP reçu ainsi que les thématiques pour lesquelles les femmes manquaient d'informations.

Méthodologie : L'étude était rétrospective et monocentrique au CHU de Poitiers et s'est déroulée durant une période de 4 mois. L'échantillon était de 66 femmes. Un questionnaire était distribué dans le service de suites de couches à chaque femme correspondant aux critères d'inclusion. Les questions étaient adaptées en fonction de la catégorie à laquelle les femmes appartenaient (aucun apport d'informations supplémentaires, EPP seul, séances de PNP seules, EPP + PNP). L'échelle de Likert a permis aux femmes de noter leur satisfaction concernant l'information globale reçue, l'accouchement et les différentes thématiques pouvant être abordées au cours de leur grossesse.

Résultats : Il n'existait pas de différence concernant la satisfaction à propos de l'information globale reçue ainsi que de l'accouchement en fonction du type de préparation à la naissance suivi. Le sujet concernant le tabac, l'alcool et les drogues était plus abordé pour les femmes ayant bénéficié d'un EPP. Les femmes ayant bénéficié d'un EPP étaient plus satisfaites pour les sujets concernant l'activité physique au cours de la grossesse et la place du conjoint. Il n'y avait pas de différence entre le nombre de thématiques abordées et le type de préparation à la naissance suivi. Les femmes étaient les moins satisfaites de l'information donnée pour les sujets concernant le prolapsus, la sécheresse vaginale, l'apparition de vergetures et la sexualité au cours de la grossesse, quel que soit le type de préparation à la naissance.

Conclusion : La PNP dans sa globalité améliore la satisfaction des femmes concernant l'information reçue. L'EPP maintenant obligatoire est à promouvoir ainsi que sa mise en place.

Mots-clés : Information - Satisfaction - Grossesse - Préparation à la naissance et à la parentalité - Entretien prénatal précoce - Accouchement

9. ABSTRACT

Introduction and objectives : To meet the need of information for the future parents, the childbirth and parenthood education was set up in order to reinforce the information given for the antenatal consultations. Our main goal was to assess the women's satisfaction regarding the information received during the pregnancy according to the type of preparation for the pregnancy and childbirth. Our secondary goals were to evaluate the number of topics addressed and their frequency related to the childhood and parenthood education, as well as the topics women were lacking information for.

Methods : The study was retrospective and monocentric at the University Hospital of Poitiers and has been carried out for four months. The sample consisted of 66 women. A survey was shared within the department of postpartum period to each woman matching the inclusion criteria. The study was adjusted depending on the category the women were part of (no additional information provided, only Early Prenatal Interview (EPI) , only Childbirth and parenthood education sessions, and EPI combined with Childbirth and parenthood education). The scale of Likert enabled women to rate their satisfaction score depending on the overall information received, the childbirth and the different topics that might be addressed during their pregnancy.

Results : There was no difference concerning the satisfaction of the overall information received and the childbirth regarding the type of birth preparation received. The topic of tobacco, alcohol and drugs was the most discussed with the women who had received an EPI. Women who had received an EPI shared an higher satisfaction for the topics related to physical exercice during the pregnancy and husband's support. There was no difference between the number of topics addressed and the type of childbirth preparation. Women were the least satisfied with the information given on the pelvic organ prolapse, vaginal droughts, the emergence of striae gavidarum and the sexuality during the pregnancy, regardless of the type of childhood preparation.

Conclusion : The overall childbirth and parenthood education tends to improve the satisfaction of the women regarding the information received. The EPI, now mandatory, must be promoted as well as its implementation.

Keywords : Information – Satisfaction – Pregnancy - Childbirth and parenthood education – Early Prenatal Interview - Delivery

RÉSUMÉ

Introduction et objectifs : Pour répondre au besoin d'informations des futurs parents, la Préparation à la Naissance et la Parentalité (PNP) a été instaurée pour renforcer l'information délivrée à l'occasion des consultations prénatales. Notre objectif principal était d'évaluer la satisfaction des femmes concernant l'information reçue au cours de la grossesse en fonction du type de préparation à la naissance ainsi que pour l'accouchement. Nos objectifs secondaires étaient d'évaluer le nombre de thématiques abordées et leur fréquence en fonction du type de PNP reçu ainsi que les thématiques pour lesquelles les femmes manquaient d'informations.

Méthodologie : L'étude était rétrospective et monocentrique au CHU de Poitiers et s'est déroulée durant une période de 4 mois. L'échantillon était de 66 femmes. Un questionnaire était distribué dans le service de suites de couches à chaque femme correspondant aux critères d'inclusion. Les questions étaient adaptées en fonction de la catégorie à laquelle les femmes appartenaient (aucun apport d'informations supplémentaires, EPP seul, séances de PNP seules, EPP + PNP). L'échelle de Likert a permis aux femmes de noter leur satisfaction concernant l'information globale reçue, l'accouchement et les différentes thématiques pouvant être abordées au cours de leur grossesse.

Résultats : Il n'existait pas de différence concernant la satisfaction à propos de l'information globale reçue ainsi que de l'accouchement en fonction du type de préparation à la naissance suivi. Le sujet concernant le tabac, l'alcool et les drogues était plus abordé pour les femmes ayant bénéficié d'un EPP. Les femmes ayant bénéficié d'un EPP étaient plus satisfaites pour les sujets concernant l'activité physique au cours de la grossesse et la place du conjoint. Il n'y avait pas de différence entre le nombre de thématiques abordées et le type de préparation à la naissance suivi. Les femmes étaient les moins satisfaites de l'information donnée pour les sujets concernant le prolapsus, la sécheresse vaginale, l'apparition de vergetures et la sexualité au cours de la grossesse, quel que soit le type de préparation à la naissance.

Conclusion : La PNP dans sa globalité améliore la satisfaction des femmes concernant l'information reçue. L'EPP maintenant obligatoire est à promouvoir ainsi que sa mise en place.

Mots-clés : Information - Satisfaction - Grossesse - Préparation à la naissance et à la parentalité - Entretien prénatal précoce - Accouchement